

Gesundheitsbewußtsein

Die Ergebnisse der von ihm geleiteten WHO-Studie in Eberbach und Wiesloch belegen eindrucksvoll, daß der Großteil der „Verdächtigen“ bereits nach wenigen Jahren in die Gruppe der „Erhöhten“ gerutscht ist.

Möglichkeiten zur „Kostendämpfung“ im Gesundheitswesen leiten sich aus den Daten über die Blutfette ab. Fachleute auf diesem Gebiet fordern schon seit langem eine differenzierte Lipiddiagnostik. Bestimmt man in den Fällen, in denen die Aussagekraft des Gesamtcholesterins allein nicht ausreicht – 220–300 mg/dl –, zusätzlich das HDL-Cholesterin, ist eine verbindliche Beurteilung des Risikos möglich. In der Studie wurden rund 13 Prozent als therapiebedürftig ausgewiesen. Ohne diese Differenzierung zwischen „gefährlichem – LDL –“ und „schützendem – HDL –“ Cholesterin wären es etwa doppelt so viele gewesen. Abgesehen von humanitären Aspekten – etwa fünf Prozent Probanden mehr galten als völlig risikofrei – kann die gesundheitspolitische Tragweite dieser Ergebnisse kaum überschätzt werden. Ein geringfügiger Mehraufwand in Form verfeinerter Diagnostik ermöglicht eine Abkehr von ungezielter, halbherziger „Schrottschußtherapie“ hin zu – allerdings – konsequenter Behandlung.

Auch Ärzte mit erhöhtem Blutdruck weisen häufig gleichzeitig auch andere Risikofaktoren auf als Ärzte, die normotensiv sind. Daß dies allgemein so ist, haben bereits andere Studien belegt. Gesichert ist auch, daß das Risikofaktorenbündel das gesundheitliche Gesamtrisiko steil emporschnellen läßt. Die Vermeidung drohender Gefäßkatastrophen durch breitangelegtes *Fahnden nach Risikofaktoren* und ihr frühzeitiges Ausschalten gehören deshalb zu den wichtigsten Aufgaben des Arztes von heute.

Anschrift des Verfassers:
Dr. rer. nat. Herbert Czwikla
In der Aue 30a
6900 Heidelberg-Schlierbach

THEMEN DER ZEIT

„Pflegepraktikum“ ließe sich realisieren

Hans-Rainer Hannemann

Die Westdeutsche Rektorenkonferenz (WRK) hat vorgeschlagen, die Zulassung zum Medizinstudium von einem Pflegepraktikum abhängig zu machen. Bedenken dagegen wurden in Heft 34/1982 von Göbel et al. („Differenzierte Zulassung zum Studium“) und in Heft 9/1982 (Editorial „Praxis vor dem Studium“) vorgebracht. Ein Haupteinwand gegen den WRK-Vorschlag lautet: An den Krankenhäusern lassen sich nicht genügend Praktikumsstellen einrichten. Dem widerspricht der Verfasser aus Sicht eines Chefarztes an einem kleineren Kreiskrankenhaus.

Wenn man davon ausgeht, daß eine Schwestern- oder Pflegerstelle heute einschließlich aller Sozialabgaben den Krankenhausträger im Jahr 35 000 bis 40 000 DM kostet, so kann man sich ausrechnen, daß man statt einer Krankenschwester oder eines Krankenpflegers im Halbjahr 10 (d. h. pro Jahr 20) Krankenpflegepraktikanten einstellen und ihnen pro Monat 300 DM an Taschengeld bezahlen könnte. Gegen diesen Austausch (20 Krankenpflegepraktikanten pro Jahr auf eine Schwesternstelle) dürfte selbst die ÖTV nichts einzuwenden haben, solange Schwesternstellen wegen Personalmangels nicht besetzt werden können, was durchaus noch der Fall ist und wegen der relativ geringen Kapazität unserer Krankenpflegeschulen auch noch in den nächsten Jahren der Fall sein wird. Wenn man die Praktikanten im Schichtdienst einsetzt, zum Teil auch nachts zusätzlich zu den examinierten Nachtwachen, so könnte man durchaus fünf Praktikanten pro Station oder pro 20 bis 30 Betten gebrauchen. Demgemäß könnte ein kleineres Krankenhaus wie unseres (175 Betten) pro Halbjahr 30, folglich pro Jahr 60 Praktikanten aufnehmen, ein größeres dementsprechend 120 bis 180 und der Durchschnitt aller deutschen Krankenhäuser vielleicht 60. Das

heißt, bei 2000 Akutkrankenhäusern könnten pro Jahr 120 000 Praktikanten untergebracht werden. Bei einem Pflegepraktikum von einem Jahr – was die WRK ursprünglich angeregt hatte – wären es immer noch 60 000 Stellen, während die jährliche Zahl der Studienbewerber „nur“ auf 20 000 bis 50 000 geschätzt wird.

Eine solche „Schwemme“ von Krankenpflegepraktikanten wäre für unsere Patienten eine Wohltat. Sie sind nämlich nach wie vor pflegerisch unterversorgt. Ich schreibe dies ohne Vorwurf; denn ich bin mir der Zwangslage durchaus bewußt: Jede Schwester braucht ihren gerechten Lohn, das Krankenhausdefizit muß klein gehalten werden, und die Krankenkassen müssen darauf achten, daß die Kosten nicht ins Unermeßliche steigen. Diese „Sachzwänge“ bewirken, daß in ganz Deutschland die Zahl der Krankenpflegestellen nicht dem Bedarf entspricht, d. h., daß viele Patienten nicht die Pflege erhalten können, die sie eigentlich erhalten sollten. Den Beweis kann man kaum auf dem Papier, wohl aber durch praktische Demonstration antreten.

Schwieriger zu lösen ist das Problem, von wem und wie die Bewährung im Pflegepraktikum be-

Pflegepraktikum

urteilt werden soll. Eine theoretische Beurteilung mit Hilfe eines „Tests für medizinische Studiengänge“ halte ich nicht für sinnvoll, weil nicht praxisnah. Insbesondere auf den naturwissenschaftlichen Teil und das Fernstudium sollte man verzichten. Als Kriterium, ob jemand von den intellektuellen Fähigkeiten her studieren kann, gilt doch die Reifepfung. Ob er sein logisches Denken und Formulieren, seine Fähigkeiten zu ordnen und Wesentliches von Unwesentlichem zu unterscheiden, am humanistischen Gymnasium an alten Sprachen und Geschichte oder am naturwissenschaftlich-mathematischen Gymnasium an Mathematik und Naturwissenschaften geübt hat, ist doch unwichtig. Die Praxis hat schon seit vielen Jahrzehnten an unzähligen Beispielen gezeigt, daß man notwendiges Wissen schnell erwerben kann, wenn man motiviert ist und wenn man gelernt hat, geistig zu arbeiten. Unter diesem Gesichtspunkt würde ich einen Test, noch dazu unter Inanspruchnahme eines Fernstudiums, für eine Verwässerung des Praktikums und seiner Ziele und für einen Affront gegenüber der Schule halten.

Beurteilung durch die Ärzte und Schwestern der Station

Wer aber soll die Bewährung beurteilen? Doch nur derjenige, der monatelang täglich mit dem Praktikanten zusammengearbeitet hat und sich aus eigener beruflicher Erfahrung ein Bild von den Eigenschaften gemacht hat, die aus einem Arzt einen guten Arzt machen, d. h. die Stationschwester und andere ältere Schwestern, der Stationsarzt, der Oberarzt, und zwar unter Zuhilfenahme von einheitlichen Fragebögen und Beurteilungsmaßstäben, die jedem Beurteiler bundesweit in die Hand gegeben werden.

Jetzt kommt sicher der Einwand: Das ist nicht gerecht! Das ist nicht einklagbar! Aber wo gibt es denn eine absolute Gerechtigkeit? Wer

weiß denn, ob ein vom Einzelfall unbeeinflusster Test der einzelnen Person gerechter wird als die nach bestem Vermögen gegebene Beurteilung eines gutwilligen – man kann ja Kontrollmöglichkeiten gegen offensichtlichen Mißbrauch einbauen – Vorgesetzten? Was macht denn die Bundeswehr vor Beförderungen? Läßt sie ihre Soldaten und Offiziere nur durch Tests und nicht durch Vorgesetzte beurteilen? Wer garantiert denn, daß beispielsweise eine Abiturnote von 1,9 in Bayern und Hessen die gleiche Qualifikation bedeutet? Gerechtigkeit als etwas Abstraktes oder rein in Zahlen Ausgedrücktes kann unmenschlich sein. Wichtiger scheint mir, daß man einer Person oder einer Sache gerecht wird, und wenn das Bemühen darum vorhanden ist, kann es keine großen Diskrepanzen zwischen Krankenhaus A und Krankenhaus B geben. Außerdem sollte man den Praktikanten nacheinander auf zwei verschiedenen Stationen beschäftigen und ihn jeweils unabhängig von der Stationschwester, der Zweitschwester, dem Stationsarzt und dem zuständigen Oberarzt beurteilen lassen.

Ein falsches Bild zeichnen Göbel und Mitarbeiter, wenn sie schreiben, daß die in der unmittelbaren Krankenversorgung tätigen Ärzte viele Möglichkeiten hätten, dem Elend und der Schmutzarbeit aus dem Wege zu gehen, daß die Krankenpflege ein weithin von der ärztlichen Tätigkeit abgegrenzter und nicht als gleichwertig angesehener Tätigkeitsbereich sei und daß die Pfl egetätigkeit der Praktikanten kaum an die eigentliche Krankenpflege heranreiche und als Auswahlkriterium für den Arztberuf ungeeignet sei. Jede dieser Aussagen mag theoretisch stimmen, vielleicht auch für bestimmte Krankenhäuser in Berlin zutreffen; aber ganz so trostlos sieht es in der Regel doch nicht aus. Ich kenne mehrere Krankenhäuser, in denen ärztliche Versorgung und Krankenpflege eng verzahnt sind, in denen die gute Krankenschwe-

ster dem guten Arzt als ebenbürtig angesehen wird – nur mit anderen Aufgaben betraut –, in denen der Arzt auch mal in den Schmutz langt, wenn es notwendig ist, und in denen die Pflegekräfte einer Station als die zusätzlichen Augen und Ohren des Arztes gelten. Ein Krankenpflegepraktikum zeigt dem Studienbewerber sehr wohl, was auf ihn zukommt.

Der spätere Forscher – um auch auf diese Argumente einzugehen – braucht die Erfahrung in der Krankenpflege und die sonst für den Arzt gewünschten Eigenschaften tatsächlich nicht. Aber wer sagt denn, daß die kleine Quote der allerbesten Abiturienten, die auf praktische Arztstätigkeit verzichten und später nur experimentell tätig sein wollen, das Krankenpflegepraktikum machen muß? Sie könnten ohne Praktikum studieren, würden später aber nur ihre Universitätsgrade, jedoch keine Approbation als Arzt erhalten. Der Dr. med. sci. ist ja früher schon zu Recht zur Diskussion gestellt worden. Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, in den Medien, in der Verwaltung etc. sollten möglichst vollwertige Ärzte mit der ganzen Ausbildung, allem „Elend“ und „Schmutz“ und allen für den Arzt wünschenswerten Eigenschaften und obendrein einer längeren ärztlichen Berufserfahrung sein. Sie sollten schließlich wissen, was und wen sie überwachen und verwalten oder wovon sie reden und schreiben!

Meines Erachtens ist das Krankenpflegepraktikum zusammen und etwa gleichwertig mit dem Abiturzeugnis das optimale Auswahlkriterium, das wir nicht aus finanziellen, bürokratischen, verbands-egoistischen oder sonstigen der Sache nicht dienlichen Erwägungen scheitern lassen sollten!

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Hans-Rainer Hannemann
Kreiskrankenhaus
8210 Prien a. Ch.